VOL. 32 N.º 3

ANAIS BRASILEIROS
DE
DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

SETEMBRO DE 1957

DIREÇÃO

Diretor: ANTAR PADILHA GONÇALVES, Rio de Janeiro
Redator-chefe: F. E. RABELLO, Rio de Janeiro
Redator-secretário: CECY MASCARENHAS DE MEDEIROS, Rio de Janeiro

REDAÇÃO

ENNIO CAMPOS, Rio Grande do Sul
H. CERRUTI, São Paulo
OSWALDO G. COSTA, Minas Gerais

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

RIO DE JANEIRO BRASIL

SIOPEL

pomada protetora
contra

dermatoses profissionais
inflamação por exsudatos
afecções dermatológicas
diversas

à base de

Silicone

COMPANHIA IMPERIAL DE INDÚSTRIAS QUIMICAS
DO BRASIL

São Paulo — Caixa postal 6980 — tel. 34-5106
Rio — Caixa postal 953 — tel. 52-4393

DERMO-PLASTOL

PASTA POROSA

Ácido ortoxilbenzoico, oleos volateis de origem vegetal.

TRATAMENTO DOS ECZEMAS

ECZEMAS, ERITEMAS, RACHADURAS, QUEIMADURAS. HERPES. IMPETIGO.

CALMANTE, ANTIPRURIGINOSA, REDUTORA-QUERATOPLASTICA.

LABORATÓRIOS ENILA S. A. — RUA RIACHUELO, 242 - C. POSTAL 484 — RIO
FILIAL: RUA MARQUES DE ITÚ, 202 — SÃO PAULO

ANTIBIÓTICO DERMATOLÓGICO DE SÍNTESE

FÓRMULA

Hexaclorofene (2,2' dihidroxi-3, 5, 6, 3', 5', 6', hexaclorodifenilmetano) ... 1 g
Vitamina A. .... 10.000 U.I.
Excipiente hidrossolúvel...q.s.p......... 100 g

Eficácia dos antibióticos fungicidas sem perigo de eczematisação ou sensibilização.

Fabricado no Brasil com licença especial dos **LABORATOIRES MIDY - Paris - França,**
pelos LABORATÓRIOS ENILA S. A. - Rua Riachuelo, 242 - RIO

ANTIMICÓTICO
INODORO

Pó — Pomada — Solução

ARSENOTERAPIA

INTRAMUSCULAR

ACETYLARSAN

Óxi-acetilamino-fenilarsinato de dietilamina

SOLUÇÃO NEUTRA E ESTÉRIL
ALTO TEOR EM ARSÊNICO
AÇÃO ANALÉPTICA

SÍFILIS ADQUIRIDA OU CONGÊNITA

NEUROSSÍFILIS

ESPIROQUETOSES

AMEBÍASE

DERMATOSES DIVERSAS

ACETYLARSAN PARA ADULTOS

Caixas de 10 e de 100 ampolas de 3 cm^3 de solução a 23,6 %

ACETYLARSAN INFANTIL

Caixas de 10 e de 100 ampolas de 2 cm^3 de solução a 9,4 %

a marca de confiança

RHODIA

Caixa Postal 8095 — São Paulo, SP

R-154-155

NEOBRISTAN

pomada

antibiótico de aplicação local

à base de Neomicina, um antibiótico potente de grande ação antibacteriana.

De fácil aplicação e de grandes resultados nas infecções da pele.

Sulfato de Neomicina . .	0,5 g.
Veículo graxo q.s. . . .	100,0 g.

ÚLCERAS VARICOSAS INFECTADAS

PIODERMITE – FERIDAS INFECTADAS

ACNE VULGAR – DERMATITE

LABORTERAPICA-BRISTOL S. A.
INDÚSTRIA QUIMICA E FARMACÊUTICA
RUA CARLOS GOMES, 924
STO. AMARO – S. PAULO

Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia

Caixa postal 389 — Rio de Janeiro

VOL. 32 SETEMBRO DE 1957 N.º 3

Sôbre as doenças profissionais dos anexos da pele

J. Ramos e Silva

I. FOLICULOSES E FOLICULITES. — O têrmo genérico de foliculoses (1 e 2) indica tôda lesão, qualquer que seja a sua etiologia, situada nos folículos pilo-sebáceos. Um dos tipos mais comumente encontrados é a foliculose queratósica, em que se produz um excesso de células córneas, formando, muitas vêzes, uma rôlha no interior do óstio folicular. A preexistência de uma tendência congênita à produção dessa hiperqueratose (a queratose pilar simples, considerada como uma genodermatose) predispõe naturalmente a êsse tipo de reação cutânea. Nos casos mais exagerados, nota-se uma espícula córnea que proemina da formação córnea folicular, constituindo a lesão dita espinulosismo. Certas foliculoses carenciais (avitaminose A) têm uma representação clínica semelhante (frinoderma) e podem, associando-se a fatôres profissionais, explicar a origem complexa de certos casos.

Os principais fatôres de ordem ocupacional que intervém na gênese desta síndrome parecem ser ou mecânicos (atritos, retenção de substâncias pulverulentas nos óstios foliculares) ou químicos (arsênico, óleos impuros, hulha e seus derivados). Existe foliculite quando entra em jôgo um elemento inflamatório que pode produzir até a supuração franca (pústula folicular). Representa esia, muitas vêzes, uma complicação infecciosa, microbiana, estando em jôgo quase sempre o estafilococo, hóspede habitual do tegumento. As foliculites estàfilocócicas, eventualmente de origem profissional, podem ser superficiais — ostiofoliculites — e profundas, uma de cujas variedades, o furúnculo, caracteriza-se pela necrobiose de uma porção do tecido invadido (foliculite necrótica).

Foliculoses e foliculites são encontradas em variadíssimas indústrias e profissões, dependendo sempre da influência de diversos fatôres, quer não diretamente ligados ao trabalho, dos quais alguns já apontamos (predisposição, infecção), sendo outros a falta de asseio

---

Sub-tema cometido ao autor pelo Comité organizador do Main-theme IV — Occupational Dermatoses do XI Congressus Internationalis Dermatologorum (Stockholm, 31 de jul. a 6 de ag. de 1957).

Trabalho do Departamento de Dermatologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro e da Cátedra de Clínica Dermatológica da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (Titular: J. Ramos e Silva). Enderêço: av. Nilo Peçanha, 38, 5.º, Rio.

corporal, o uso de roupas impregnadas de detritos profissionais e sudorais, quer diretamente ocupacionais, mecânicos ou químicos. As sedes preferenciais são: a face anterior das coxas, os antebraços e as regiões laterais do pescoço. As profissões ligadas à briquetagem do carvão, ao fabrico do negro de fumo, ao emprêgo de óleos impuros e graxas por mecânicos e operadores das mais diversas máquinas e ferramentas, ao uso do pixe (alfaltadores, fabricantes de baterias), são as que fornecem maior contingente de casos.

As medidas profiláticas consistem no asseio, no uso de roupas convenientes, de preferência impermeáveis aos óleos, no emprêgo de protetores, cuja modalidade variará com cada serviço, mas tendo sempre o objetivo de evitar a projeção de goticulas ou partículas sôbre o corpo do operário. Os pacientes xerodérmicos poderão usar uma pomada ou creme feito de preferência com gordura de origem animal; os cremes barreira ou os cremes ao silicone têm indicação geral.

Quanto ao tratamento das lesões constituídas, êle consiste nas seguintes medidas: emprêgo de pomadas queratolíticas (ácido salicílico 2 a 5%), abertura das pústulas foliculares eventuais, uso de antibióticos quando pareçam predominar os fenômenos infecciosos, uso liberal de alimentos que proporcionem vitamina A e emprêgo de preparações farmacêuticas de vitamina A, a qual poderá ter mesmo um efeito preventivo sôbre êste grupo de lesões cutâneas. Foliculites podem associar-se e complicar as dermatites alérgicas produzidas pelos óleos impuros, demandando então tratamento adequado: compressas com líquido de Burow diluído, tratamento geral com anti-histamínicos e, mesmo, nos casos mais graves, prednisona e metacortandralona.

II. Melanodermite tóxica liquenóide de Hoffmann. — Durante a primeira guerra mundial e depois dela têm sido registrados casos de melanose similares aos assinalados inicialmente por Riehl, dêles distinguindo-se, porém, entre outros aspectos, pela existência de pápulas, na sua maior parte de sede folicular. É a síndrome descrita por Hoffmann e Habermann (3 e 4) sob o nome de *melanodermitis toxica lichenoides (et bullosa)*. A localização mais comum é na face, sendo que os os casos registrados ligam-se quase sempre a profissões em que existe o emprêgo de óleos grosseiros de lubrificação e de corte (*cutting-oils*) ou a resíduos da destilação ou da combustão da hulha. Além dêsse fator, entram outros em jôgo, como foto-sensibilização e carências alimentares.

Sôbre o tratamento, devemos levar em conta que é afecção de longa duração, podendo persistir muito tempo depois da cessação da ou das causas. Além da terapêutica geral, vitamina A e vitamina C, aconselha-se a defesa contra a ação excessiva dos raios actínicos e pode-se tentar o emprêgo de descolorantes locais, como a água oxigenada e, principalmente, o éter monobenzílico da hidroquinona

(5 e 6) ou a para-oxipropiofenona (7). O preparado comercial Benoquin poderá ser indicado.

III. ACNES PROFISSIONAIS. — As lesões cutâneas profissionais de tipo acneiforme caracterizam-se essencialmente pela formação, no interior do folículo pilo-sebáceo, de um acúmulo de detritos epidérmicos que tem o nome de comedon. Trata-se, pois, de uma foliculose quística, a qual complica-se freqüentemente de fenômenos inflamatórios, em parte de origem microbiana associada.

Erupções dêsse tipo têm sido registradas entre maquinistas, operários que lidam com óleos impuros de corte e lubrificação, na indústria têxtil, do petróleo, do alcatrão da hulha, do pixe, da briquetagem, de isoladores elétricos à base de clornaftaleno, clordifenil e clordifenilóxidos e na indústria química (clorobenzol e clorofenol sólidos). Dois tipos pelo menos convém distinguir radicalmente, pois dependem de patogenia diferente, pelo menos em parte: a acne do óleo e a acne clórica.

a) *Acne do óleo, botão do óleo, elaioconiose folicular.* — É uma das mais freqüentes dermatoses profissionais, sendo provocada pelos óleos de lubrificação e de corte, contendo frações pesadas (8), empregados em numerosíssimas profissões mecânicas e localizando-se as lesões nos antebraços e nas coxas. Existe dilatação do óstio folicular, enquistamento de material queratínico, acantose e hiperqueratose perifolicular sem hipertrofia da glândula sebácea, reação inflamatória acentuada, podendo atingir a derme profunda e causando até supuração, formando-se, então, pápulo-pústulas como na acne vulgar.

b) *Acne clórica, cloracne.* — Ao contrário do que o nome parece indicar, não é produzida pelo íon-cloro. Depende estritamente de produtos complexos (clornaftaleno e similares), sendo observada tão sòmente nas indústrias que os fabricam ou que os empregam (como isolantes elétricos).

A lesão típica é um enquistamento de material sebáceo ou pelo menos um comedon; as paredes foliculares mostram-se hiperplásicas, podendo formar-se ao redor um granuloma de corpo estranho.

As medidas preventivas gerais são as seguintes: os operários devem usar roupas limpas, não só as de trabalho, como ainda as roupas interiores; as roupas de trabalho devem, de preferência, ser lavadas na própria usina (a sua manipulação descuidada pode dar casos secundários da acne clórica); banho obrigatório no fim do serviço; uso de detergentes sintéticos apropriados (duponol, etc.); durante o trabalho, uso de protetores faciais (de celofane, plásticos transparentes, etc.); emprêgo de cremes protetores ao silicone. Na destilação do coaltar há que evitar os vapores, empregando os exaustores apropriados.

Tratamento. — Medidas locais, como a expressão dos comedons, evacuação das coleções císticas e do pus são sempre úteis; a radioterapia não é aconselhável. Medidas gerais: verificação e eventualmente tratamento das funções hepáticas (os clornaftalenos têm sido acusados de produzir alguns casos de atrofia amarela aguda do fígado); a vitamina A tem provàvelmente efeito, não só preventivo (ação protetora dos epitélios) como, até certo ponto, curativo ("tropismo" especial em referência, de um modo geral, às alterações dos folículos pilo-sebáceos). Serati (9) aconselha na acne do óleo o uso interno de preparações de enxofre e a aplicação local de compressas com água de Alibour diluída ou com água boricada, assim como de pomadas com enxofre, resorcina, ácido tânico ou tumenol.

IV. Miliárias. — Tôdas as profissões exercidas em ambientes quentes, úmidos e mal ventilados podem promover o aparecimento de erupções sudorais ou *prickle-heat*. As variedades descritas, miliar cristalina, miliar vermelha, miliar pustulosa e miliar papulosa têm apenas relativa importância dermatológica. Trata-se sempre de pequenas lesões cutâneas determinadas pela retenção do suor em conseqüência da obstrução dos poros sudoríparos, devida ao aparecimento de um opérculo córneo formando-se a partir do anel queratínico do óstio sudoríparo, que é normal conforme O'Brien (10), pelo seu transvasamento no interior da pele em profundidades variáveis e por complicações inflamatórias possivelmente de ordem infecciosa (*). Sintomas de ordem geral, ligados de um lado ao prurido e de outro à intolerância calórica podem ser observados sobretudo nas formas profundas como a miliária papulosa (síndrome de retenção sudoral). O quadro seguinte, tomado de Pillsbury (12), sumaria satisfatòriamente tôda a questão:

"TABLE 3. Escrine Sweat Retention Syndromes (All show poral occlusion).

(1) Sweat Retention Anhidrosis	Poral occlusion only.	Anhidrosis only.
(2) Miliaria group.		
Miliaria Crystallina	Escape of sweat in stratum corneum.	Superficial noninflammatory vesicles.
Miliaria Rubra	Escape of sweat into epidermis.	Pruritic, erythematous papulovesicles.
Miliaria Pustulosa	Escape of sweat into epidermis. Leukocytic infiltrate.	Pruritic, erythematous pustules.
Miliaria Profunda	Escape of sweat into upper dermis.	Nonpruritic, noninflammatopapules.
(3) Hidrocystoma	Sweat gland retention cysts.	Asymptomatic papules (deep cysts)."

(*) Lobitz Jr. (11) é de opinião que mesmo na miliar pustulosa as lesões são usualmente estéreis ou contêm apenas micrococos não patogênicos.

A erupção aparece freqüentemente em cozinheiros, confeiteiros, foguistas, tôda a espécie de trabalhadores braçais, particularmente naqueles que labutam em ambientes fechados e úmidos e mais particularmente nos climas quentes.

A profilaxia consiste na modificação adequada dos locais de trabalho pela sua ventilação, no asseio corporal e no uso de roupas leves. Se bem que o acréscimo da quantidade de NaCl na alimentação possa restringir a sudorese, simplesmente pela retenção hídrica a que obriga ou ainda, segundo Sulzberger e colaboradores (13), diminuindo o potencial elétrico ao longo dos canais sudoríparos, o que teria por efeito a diminuição da excreção do suor e assim pareça ser medida profilática interessante, segundo as observações já antigas (1915) de R. Link e Peperhowe e as dos autores japonêses Kuno, Ito & Kosuge e Mishibori, mais recentes (1934). Todavia, trabalhos mais modernos, de Horne & Mole, Fay & Susman, demonstraram que a ingestão de grandes quantidades de sais de sódio (cloreto, fosfato, citrato) pode agravar a miliária. Da aparente contradição dessas observações resultaria, talvez, o emprêgo apenas profilático, na ausência ainda de lesões, da dieta hipersódica capaz de diminuir a quantidade de suor secretado.

Tratamento. — O ambiente ventilado é já uma forma de tratamento. O ar condicionado, mesmo sòmente nos alojamentos dormitórios, atenua consideràvelmente a erupção. Parece indicada a restrição de sal durante as crises eruptivas, segundo a observação dos autores britânicos já mencionados. Parece não haver grande utilidade no tratamento geral por drogas como a atropina e a bantine, capazes de restringir a secreação sudoral, mas podendo causar perturbações no mecanismo de defesa do organismo contra a elevação de temperatura. Pós suaves e loções calmantes têm tôda a indicação. O uso de mais de um banho por dia não é aconselhável, pela possível alteração da camada córnea, propiciando novas obstruções dos poros sudoríparos. Parece extremamente útil, ao contrário, segundo os estudos de O'Obrien (10), a lubrificação da pele com lanolina anidra ou, mais simplesmente, como é aconselhado no Brasil, com óleo de amêndoas.

V. Hidrocistomas. — São lesões de retenção sudoral, aparecendo na face sob a forma de pequenas saliências quisticas localizadas nos canais sudoríparos, tanto das glândulas ecrinas como eventualmente das apocrinas. Não devem ser confundidas com os siringo-cistadenomas, lesões permanentes de natureza névica e que podem ser observadas nas pálpebras. Os hidrocistomas regridem lentamente depois de cessada a exposição ao calor. Parecendo necessário tratamento médico, tais lesões podem ser puncionadas a frio ou pelo gálvano-cautério ou ainda cauterizadas com o ácido tricloracético.

VI. Alterações dos cabelos. — Sôbre as variadas alterações do colorido dos cabelos, tanto colorações artificiais (em vermelho

pelo ferrocianeto de potássio, bronzeado pelo trinitrotolueno, etc.) como despigmentação (cloro) nada há que dizer particularmente no capítulo do tratamento. As que são removíveis pela lavagem não constituem problema terapêutico e as indeléveis têm como solução o corte curto e o emprêgo das medidas de proteção que impeçam novos acidentes. Assim também as tonsuras regionais do couro cabeludo, em certos carregadores, por exemplo, ou as hipertricoses, que podem eventualmente marcar os pontos de atrito ou compressões repetidas em diversas profissões.

VII. UNHAS. — Quanto ao aparelho ungueal, há que assinalar as onicoses por agentes químicos, como nos que trabalham com compostos arsenicais, as onicoses por agentes físicos, como o frio, no caso de operários de fábricas de gêlo e frigoríficos e, finalmente, as onicoses simplesmente mecânicas, em diversas profissões, como, por exemplo, o desgaste devido ao atrito, chamado por Oppenheim onicolise parcial das lavadeiras, deformidade que torna côncavo o bordo livre das unhas semelhantemente ao que acontece nos doentes afetados de prurido crônico. Devemos referir ainda a tilose profissional subungueal que descrevemos em trabalhadores de curtume e lavandarias (14) e referida também por Rotberg & al (15) em operários de fábricas de cimento, na qual existe, além de alterações da lâmina ungueal (traquioníquia, onicolise, etc.), uma acentuada hiperqueratose do leito da unha, que pode proeminar entre a lâmina ungueal e a polpa digital sob a forma de uma calosidade semilunar procidente. O que importa nestes casos é mais a profilaxia que o tratamento: uso de luvas protetoras, emprêgo de soluções neutralizantes, ácidas ou alcalinas, conforme o material manipulado durante o trabalho. Todavia, o emprêgo de pomadas contendo vitamina A é perfeitamente indicado.

A paroníquia, inflamação mais ou menos dolorosa dos tecidos periungueais, é extremamente freqüente em diversas profissões, particularmente naquelas em que as mãos são mantidas na umidade por tempo mais ou menos longo. Além do fator umidade, outros entram em jôgo: os micro-traumatismo, as infecções associadas por cocos, por monílias ou por dermatófitos. O manuseio do açúcar (mal dos confeiteiros) ou de frutos secos e em conserva expõe a êste pequeno acidente com freqüência porque, além da irritação local, a infecção por cocos e fungos é favorecida pelo excelente meio de cultura. Ademais da proteção adequada, o tratamento comporta o emprêgo de violeta de genciana a 1 ou 2%, de nitrato de prata amoniacal (16 e 17), de Nystatin quando há infecção por monílias e de outros antibióticos, quando houver certeza da ação dominante dos cocos piogênicos. A remoção da porção afetada da unha, por meio de uma fresa de dentista ou de uma lima ou mesmo a avulsão cirúrgica da lâmina ungueal, podem tornar-se necessárias. Os raios X têm um efeito benéfico na maior parte destas afecções crônicas das unhas e tecidos circunvizinhos (onicoses e paroníquias).

Occupational diseases of the skin appendages

I. *Folliculosis and folliculitis.* — The generic term folliculosis (1 e 2) indicates any lesion, regardless of etiology, localized in the pilosebaceous follicles. One of the most common types is the keratotic folliculosis in which an excess of horny cells is produced, sometimes forming a plug within the follicular ostium. A previous congenital tendency to the production of this hyperkeratosis (keratosis pilaris, considered as a genodermatosis) predisposes to this type of cutaneous reaction. In the more conspicuous cases one notes a horny spicule which protrudes from the follicular horny formation and this lesion constitutes the so-called spinulosism. Some folliculosis due to nutritional deficiency (avitaminosis A) have a similar clinical picture (phrynoderma) and when associated with occupational factors can explain the complex origin of certain cases.

The main occupational factors which interfere in the evolvement of this syndrome can be either mechanical (such as attrition; retention of powdery substances in the follicular ostia) or chemical (such as arsenic, impure oils, coal and its derivatives). Folliculitis is found when an inflammatory element takes place; this may even lead to suppuration (follicular pustule). In many instances this represents an infectious complication in which the staphylococcus can play the etiological role as habitual host of the tegument. The staphylococcic folliculitis, sometimes of professional origin, can be either superficial, as ostiofolliculitis, or deep, as the furuncle which characterizes itself by the necrobiosis of some portion of the invaded tissue (necrotic folliculitis).

Folliculosis and folliculitis can be found in many industries and professions, depending upon various factors either indirectly or directly related to the type of work. Indirectly, predisposition and infection have already bean mentioned; to these can be added lack of proper hygiene and wearing of clothes soiled with perspiration and professional detritus. Strictly occupational or direct factors can be physical, chemical and mechanical. The favorite sites of localization are the anterior aspects of the thighs, the forearms and the sides of the neck. The professions related with the handling of coal deri-

vatives, impure oil and greases, pitch, asphalt-layers, etc. are those giving the greatest number of cases.

Among the prophylactic measures are cleanliness, wearing of appropriate clothes (preferably impervious to oils), and use of protective devices; these devices will differ according to the type of work but should give protection against the projection of particles and droplets upon the workman's body. The xerodermic patients should use an ointment or cream made preferably of animal fat; the barrier-creams are of general indication.

The treatment of the established lesions consists in the following measures: 1) use of keratolytic salves (salicilic acid 2 to 5%), opening of follicular pustules if present, use of antibiotics, vitamin A rich diet supplemented by vitamin A preparations. Folliculitis can be associated with, or complicate the allergic dermatitis; in this case an adequate treatment is necessary: wet dressings with diluted Burow's solution, anti-histamine drugs and, in severe cases, the use of cortical steroids.

II. *Melanodermitis toxica et lichenoides of Hoffmann.* — During the first world war and since, cases have been reported of melanosis similar to those pointed out by Riehl but distinguishable from those of Riehl by the existence of papules, mostly follicular. This is the syndrome described by Hoffmann and Habermann (3 e 4) under the name melanodermitis toxica lichenoides (et bullosa). The favorite location is the face. The cases reported are almost always related with those professions handling crude lubricating oils, cutting oils and residues of distillation or combustion of coal. Besides the afore mentioned, other factors may play a role such as photo-sensitization and dietary deficiencies.

Regarding the treatment we must take into consideration that it is a long term condition, persisting even a long after the cause or causes have been removed. In addition to the general therapy consisting of vitamins A and C, it is advisable to avoid excessive exposure to the sun, to use local discoloring agents such as hydrogen peroxide and principally the monobenzilic ether of hydroquinone (5 e 6) or the para-oxy-propiophenone (7). The commercial preparation Benoquin can be used.

III. *Professional acnes.* — The professional cutaneous lesions of acneform type are characterized essentially by the comedo. Therefore it is a cystic folliculosis which often can be complicated by inflammatory reactions of associated bacterial origin.

Eruptions of this type have been found reported among workmen in the textile, oil, coaltar and pitch industries, in workmen dealing with electric insulators made of chlornaphtalenes, chlordiphenyls and chlordiphenyloxydes and in the chemical industries (solid chlorbenzol and chlor-pheno). At least two types must be distingui-

shed, since they have different pathogenic origin: oil acne and chlor-acne.

A.) Oilacne, "Oil-button", Follicular elaiokoniosis — This is one of the more frequent occupational dermatoses, caused by lubricating and cutting oils containing heavy fractions (8) and used in the mechanical professions; these lesions are most generally located on the thighs and forearms. There is dilatation of the follicular ostia, accumulation of keratotic material, perifollicular acanthosis and hyperkeratosis without hypertrophy of the sebaceous glands and heavy inflammatory infiltrate sometimes reaching the lower corium and aven causing suppuration, with the formation of papulo-pustules like that which is found in acne vulgaris.

B.) Chloracne — This is not produced by the chlorine ion as is suggested by its name, but depends strictly upon the action of complex chemical compounds (chlornaphtalenes and similar) and is observed only in the industries making or using these chemicals as electric insulators or in those industries which use cutting oils containing chlorinated hydro-carbons. The typical lesion is a cystic formation of sebaceous material or at least a comedo; the follicular walls are hyperplastic and foreign body granuloma can be found around some of them.

The general preventive measures are as follows: 1.) the workman should wear clean clothing including not only the outer work clothes but also the underclothes; 2.) it is preferable that the work clothes be washed in the factory, as caraless handling of them may produce secondary cases of chloracne; 3.) shower baths should be compulsory after work; 4.) use of appropriate synthetic detergents, wearing of facial protectors made of cellophane or transparent plastic and use of silicone creams are also indicated.

Treatment — Local measures such as comedo extraction, emptying of cystic collections and draining pus are always useful. X-ray is not advisable. General measures: investigation of liver function and treatment of same if necessary (chlornaphtalene has been accused of producing some cases of acute yellow atrophy); vitamin A has an effect probably not only preventive (protective action upon the epithelial tissues) but also, to a certain degree, therapeutic. Serati (9) suggests in oil acne the internal use of sulphur preparations and, locally, wet-dressings with diluted Alibour's solution or with boric acid solution, also the application of sulphur, resorcinol, tannic acid or tumenol ointments.

IV. *Miliaria*. — All those who work in warm, moist and poor ventilated surroundings can develop sweat eruptions of prickly heat. The classic varieties Miliaria crystallina, Miliaria rubra, Miliaria pustulosa and Miliaria papulosa have only dermatologic importance. They are always small skin lesions caused by sweat retention in consequence of the occlusion of sweat duct orifices, due to the pathologic formation of a horny operculum, developing from the keratotic ring of the sweat

pore, which is normal according to O'Obrien (10), by its transfusing within the skin in different depths and inflammatory complications probably of infections origin (*). General symptoms can be observed, related either to the itching or to the heat intolerance, principally in the deeper forms like miliaria papulosa (sweat retention syndrome). The following table taken from Pillsbury (12), summarizes the question adequately.

"TABLE 3. Eccrine Sweat Retention Syndromes (All show poral occlusion).

(1) Sweat Retention Anhidrosis	Poral occlusion only.	Anhidrosis only.
(2) Miliaria group.		
Miliaria Crystallina	Escape of sweat in stratum corneum.	Superficial noninflammatory vesicles.
Miliaria Rubra	Escape of sweat into epidermis.	Pruritic, erythematous papulovesicles.
Miliaria Pustulosa	Escape of sweat into epidermis. Leukocytic infiltrate.	Pruritic, erythematous pustules.
Miliaria Profunda	Escape of sweat into upper dermis.	Nonpruritic, noninflammatopapules.
(3) Hidrocystoma	Sweat gland retention cysts.	Asymptomatic papules (deep cysts)."

The eruption appears frequently in cooks, comfit-makers, fire-tenders and in all types af laborers, especially those working inside closed places and particularly in warm climates.

The prophylaxis consists in adequate ventilation of working places, good hygiene and wearing of light weight clothes. Although increasing the intake of sodium chloride with food can decrease the perspiration only by water retention, or according to Sulzberger et al (13), by decreasing the electric potencial along the sweat ducts which has the effect of diminishing the sweat excretion, and therefore being a valuable prophylactic measure according to the old (1915) observations of R. Link and Peperhowe and the more recent (1934) of the japanese authors Kuno, Ito & Kosuge and Mishibori. Nevertheless, the modern works of Horne & Mole and Fay & Sisman demonstrate that the ingestion of large doses of sodium salts (chloride, phosphate, citrate) can aggravate the eruption. From the apparent contradiction of these observations would result, perhaps, the use of a high sodium diet only as a prophylactic measure, before the onset of lesions, to decrease the amount of perspiration.

Treatment. — The well ventilated surrounding is already a form of treatment. Air-conditioning, even only in bed-rooms, improves the

(*) Lobitz Jr. (11) thinks that the lesions, even in miliaria pustulosa, are usually either sterile or that they contain only non-pathogenic micrococci.

eruption. According to the observations of the aforementioned British authors, it seems advisable to limit the salt intake during the eruptive attack. General therapeutic measures such as the use of atropine and banthine seems to be of little help; although these drugs can decrease the sweat secretion, they also can disturb the defense mechanism of the body against elevated temperatures. Soft powders and soothing lotions should be prescribed. Frequent bathing is not advisable because of the possible alteration of the horny layer of the skin which may produce new obstructions of the pores. On the contrary, lubricating the skin with anhydrous lanolin, seems to be very useful according to O'Brien, or with almond oil as we use in Brazil.

V. *Hidrocystomata*. — These are lesions of sweat retention occuring on the face as small cystic elevations localized in the sweat ducts of the eccrine and eventually of the apocrine glands. They must not be confused with syringocystadenomata, permanent lesions of nevic origin localized mostly on the eyelids. Once the exposure to heat has been discontinued, hidrocystomata spontaneously and slowly disappear. If medical treatment seems necessary, the lesions may be punctured or cauterized either with the electric cautery or with trichloracetic acid.

VI. *Alterations of the hair*. — About the various alterations of the hair color, including dyeing (red by potassium ferro-cyanide, bronze tinted by tri-nitro-toluene) and bleaching (chlorine) there is nothing to say as far as treatment is concerned. Those removable by washing do not constitute a problem therapeutically, and for the indelible we can only advise cutting the hair short and avoidance of new accidents by the use of simple protective measures. For the local tonsures of the hair found in some porters, and the hypertrichosis that can eventually appear on the places of attrition or repeated pressures in several professions, only prophylactic measures are advisable.

VII. *Nails*. — Chemical onychosis may be found, for instance, among people working with arsenical compounds. Physical onychosis is that produced for instance by cold in workmen of ice factories and ice stores. Mechanical onychosis is found in several professions, for example, those working with drills or in other occupations which result in the wearing out caused by attrition; this was called by Oppenheim "Partial onycholysis" of the washer woman, a disorder characterized by the concavity of the free border of the nail. By the same reason, a similar configuration may be found among peoble with chronic pruritus. Occupational sub-ungual tyllosis, a peculiar alteration we described (14) in tanners and laundry workers and was also referred to by Rotberg et al (15) in cement factory workers, consists, besides alterations of the ungual plate (trachyonychia, onycholysis etc), essentially in a marked hyperkeratosis of the ungual bed that may raise, between the free border of the nail and the digital pulp, a semilunar callous projection. In these cases prophylaxis is more im-

portant than treatment; prophylaxis would consist in the use of either acid or alkaline neutralizing solutions, according to the material handled, and in the use of protective gloves.

Paronychia, an inflammation of the periungual tissues, is extremely frequent in several professions but principally in those where the hands are kept constantly moist. Other contributing factors are small traumas and associated infections by cocci, monilia or dermatophytes. Handling of sugar or fruits, either dry or canned (confectioners disease) exposes frequently to the condition because the infection is favored by the excellent culture medium plus local irritation.

Besides the proper protection we may use as treatment gentian violet 1 to 2%, ammoniacal silver nitrate (16 e 17), Nystatin when there is monilial infection and other antibiotics when we are sure of the pyogenic association. It may be necessary to remove the affected portions of the nail using a file or a small electric burring machine, or even by surgical removal. X-rays give good results in the great majority of these chronic conditions of the nails and surrounding tissues (onychosis and paronychias).

CITAÇÕES

1 — Ramos e Silva, J. — Sôbre a queratose espinulosa. Brasil-méd., 43: 616, 1929.

2 — Mota, J. — Foliculoses alérgicas e carenciais; espinulosismo. Rev. argent. dermatosif., 26:631, 1942.

3 — Hoffmann & Habermann — Deutsche Med. Wochenschr., 44:261, 1918.

4 — Habermann, R. — Kriegsmelanosen, Berlin, S. Karger, 1920.

5 — Bernstein, E.T., & Sachs, P.M. — Arch. Dermat. & Syph., 59:542, 1942.

6 — Pollock, J.H. — Arch. Dermat. & Syph., 61:873, 1950.

7 — Grupper, C., & Plas, G. — Le traitement des melanoses faciales par les applications locales de para-oxypropiophenone. Bull. Soc. franç. dermat. et syph., n. 5:572 (nov.-dez.), 1951.

8 — Suskind, R.R. — Personal communication.

9 — Serati, A. — Oil acne... — Praxis 35:141 (1946). Ref. Occupational and related dermatosis. Pub. Health Bibliogr. Series n. 12, p. 57.

10 — O'Brien, J.P. — A. study of miliaria rubra, tropical anhidrosis and anhidrotic asthenia — Brit. J. Dermat. 52:125, 1947.

11 — Lobitz Jr., W.C. — Pustular miliaria. JAMA, 148:1.097 (mar.-29), 1952.

12 — Pillsbury, M.D., Shelley, W.B., & Kligman, A.M. — Dermatology, Saunders, Philadelphia, 1956, p. 842.

13 — Sulzberger, M.G., & Herrmann, F. — Disturbances in the delivery of sweat — Thomas, Springfield, 1954, p. 61.

14 — Ramos e Silva, J., & Cozzolino, D. — Algunas observaciones de una dermatosis professional sui-generis: tilosis subungueal. Arch. argent. dermat., 2:93, 1952.

15 — Rotberg, A. & al — Hiperceratose da ranhura subungueal: estigma profissional dos operários da indústria do cimento. Rev. da A.M.B., 1:382, 1955.

16 — Nickerson, W.J., & White, S.J. — Therapeutic value of ammonical silver nitrate in fungous infections of the nails. Arch. Dermat. & Syph., 57:935, 1948.

17 — Franks, G. & Sternberg, A. — Treatment of onychomycosis with ammoniacal silver nitrate solution. Arc. Dermat. & Syph., 62:287, 1950.

Endereço do autor: av. 13 de Maio, 37 - 3.º (Rio)

Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

Sessão de 31 de outubro de 1956

O expediente consta de: propostas do Dr. Rodovalho Mendes Domenici, para sócio efetivo, e do Dr. Norman Tobias, para sócio correspondente; agradecimento público ao Dr. E. Agricola, pelos seus esforços a fim de conseguir verbas para a Sociedade; voto de pesar pelo falecimento do Sr. Ayrton Ribeiro Teixeira; comunicação de correspondência dirigida ao Prof. Domingos Silva, indagando sôbre a possibilidade da reunião de 1957 no Pará, não tendo havido resposta no período decorrido de um mês; comunicação feita pelo Prof. Walter Moura Cantidio, da fundação da filial do Ceará, com 11 sócios, com o que se congratula o Prof. F. E. Rabello.

ORDEM DO DIA:

CASO PRÓ-DIAGNOSE (PARAPSORÍASE?) — DR. GLYNE L. ROCHA

Apresenta doente masculino, adulto, que, desde 1951, se queixa de lesões, inicialmente pruriginosas, situadas nos membros e no tronco. A biópsia nada revelou de específico. O autor sugere o diagnóstico de parapsoríase em placa.

COMENTÁRIOS:

Prof. F. E. Rabello — Concorda com o diagnóstico de parapsoríase em placa, apesar da infiltração ser mínima para o tempo de evolução. Sugere a realização de hemograma em série.

Dr. M. Rutowitsch — Lembra, também, o diagnóstico de P. rósea.

Prof. R. D. Azulay — Concorda com o dignóstico de parapsoríase em placa.

Prof. Newton Guimarães — Declara ter tido oportunidade de ver, na Bahia, dois casos semelhantes, os quais também diagnosticou como parapsoríase.

Dr. Glyne L. Rocha — Agradece os comentários, esclarecendo que, quanto à evolução para um processo granulomatoso, as opiniões se dividem, mesmo nos Estados Unidos da América.

CASO DE FRAMBOÉSIA TARDIA — Dr. J. Lisboa Miranda

Apresenta um caso que lhe foi enviado para confirmação micológica do diagnóstico de micetoma. Ao examinar o doente, verificou a existência de vários trajetos fistulosos no membro inferior esquerdo. Contra o diagnóstico de micetoma, fala a evolução relativamente rápida do processo, quanto à sua extensão. A sorologia foi positiva. A anamnese revelou que o paciente teve bouba na infância. As tíbias apresentam, clínica e radiològicamente, alterações compatíveis com o diagnóstico de framboésia. O tratamento com penicilina cicatrizou as lesões.

Comentários:

Prof. H. Portugal — Refere que casos semelhantes já foram citados na tese do Dr. Tancredo Furtado. Afirma que a sífilis apresenta um quadro absolutamente idêntico ao do micetoma.

Dr. Glyne L. Rocha — Chama a atenção para o fato de que as acromias presentes são residuais e não poderiam ser tomadas em consideração para o diagnóstico de pinta, isto é, a bouba produz lesões acrômicas residuais tipo pintóide.

Prof. Walter Moura Cantidio — Declara que na sua terra, o Ceará, o raciocínio inicial seria de bouba e não de micetoma, devido à maior incidência daquela.

Dr. J. Lisboa Miranda — Agradece os comentários.

CASO PRÓ-DIAGNOSE (PROVAVEL TUBERCULOSIS COLLIQUATIVA HEMATOGENES) — Prof. H. Portugal

Trata-se de paciente de 47 anos, brasileira, viúva, internada na 26.ª enfermaria do Hospital Geral da Santa Casa. Sofre do mal há 20 anos. Curou-se com 914, porém, há 5 anos, surgiram as lesões atuais. Há, na família, antecedentes de tuberculose. Apresenta série de nódulos situados nas pernas, que se sucedem em surtos. Pensou-se no mal de Hansen, porém as pesquisas foram negativas. O Mantoux positivo a 1/1.000.000 e o Mitsuda positivo afastam a suspeita do mal de Hansen. O exame histológico revelou uma surprêsa: granuloma tuberculóide com necrose. Daí ter classificado o caso como acrotuberculose coliquativa hematógena, segundo casos observados por Jadassohn. Não foram encontrados bacilos. Foi indicada a estreptomicina, tendo havido regressão do número de nódulos.

Comentários:

Prof. F. E. Rabello — Diz que o caso põe em relêvo os laços do E. nodoso com a tuberculose coliquativa, esclarecendo que, mesmo no Bazin, também há necrose. Propõe a denominação de tuberculose indurativa.

Prof. R. D. Azulay — Acha o caso muito interessante e aceita a etiologia de tuberculose, afastando a hipótese de mal de Hansen, pela positividade do Mitsuda. Diz que o quadro atual foge aos clássicos, porém é uma confirmação da complexidade da patologia da tuberculose. Acredita que a histologia de outros nódulos poderá mostrar aspectos diferentes, porém dentro da linhagem das alterações tuberculosas.

Prof. H. Portugal — Agradece, declarando que depois informará sôbre o resultado terapêutico com a estreptomicina.

CASO DE DOENÇA DE RECKLINGSHAUSEN — PROF. R. D. AZULAY e DR. BENJAMIN ALVES PEREIRA

COMENTÁRIOS:

Dr. Glyne L. Rocha — Declara-se interessado em ver o resultado da cirurgia plástica.

Sessão de 28 de novembro de 1956

São aprovadas, por unanimidade, as propostas, para sócios, correspondentes, dos Drs. Ernesto Escalona, Pedro Lavalle, René Leonard, Francisco Scannone e Pastor Fariñas Guevara.

O Prof. H. Portugal propõe que a sessão de dezembro seja realizada no dia 19, em virtude das festas de Natal.

O Prof. J. Ramos e Silva faz comentários sôbre o III Congresso Ibero-Latino-Americano de Dermatologia, realizado, no México, e no qual foram apresentados 87 trabalhos.

O Dr. Jarbas A. Porto felicita o Prof. Ramos e Silva, pelo brilho com que se desincumbiu no Congresso mencionado.

O Prof. Ramos e Silva considera o seu único triunfo o fato de obter a eleição do Prof. Oswaldo Costa para Vice-Presidente brasileiro no próximo IV Congresso Ibero-Latino-Americano de Dermatologia, que terá lugar, em Lisboa, no ano de 1959.

ORDEM DO DIA:

EPIDERMOLYSIS BULLOSA — DRS. M. RUTOWITSCH e C. CHIAFFITELLI

COMENTÁRIOS:

Prof. H. Portugal — Considera um caso insofismável de E. B. distrófica. Declara o seu interêsse em ver caso de E. B. simples, assinalando que, nos casos distróficos, a bôlha é subepidérmica, resultando em cicatriz, e nos casos de E. B., segundo assinalam os autores, a bôlha é intra-epidérmica e não deixa cicatriz.

Dr. D. Peryassú — Informa já ter visto um caso de E. B. simples, biopsiado pelo Dr. Fialho.

Prof. J. Ramos e Silva — Guarda a impressão de ter visto, em consultório, caso de E. B. simples.

TUBERCULIDE PAPULO-NECROTICA — PROF. H. PORTUGAL

E' apresentado caso de tubercúlide pápulo-necrótica, localizada na face palmar dos dedos das mãos. A tuberculina foi positiva a 1/1.000.

COMENTÁRIOS:

Dr. Glyne Rocha — Sugere o diagnóstico de lúpus eritematoso. Viu caso semelhante com lesão compatível com o lúpus eritematoso, começando, um mês depois, a apresentar febre. Está investigando para saber se se trata de forma de lúpus eritematoso agudo febril.

Prof. H. Portugal — Também pensou em lúpus eritematoso, achando, porém, que as lesões nas superfícies de extensão dos braços são mais próprias da tubercúlide pápulo-necrótica e são sazonais. Afirma que a tubercúlide pápulo-necrótica tem êsse caráter cíclico.

Dr. Oswaldo Costa — Considera três hipóteses: 1.ª) lúpus eritematoso + tubercúlide pápulo-necrótica; 2.ª) lúpus eritematoso assemelhando-se à tubercúlide pápulo-necrótica; 3.ª) lúpus eritematoso com lesões semelhantes à tubercúlide pápulo-necrótica, mas com estrutura incaracterística.

Dr. Glyne Rocha — Em face da exposição do Dr. Oswaldo Costa, pergunta em qual das três hipóteses enquadraria o caso apresentado.

Dr. Oswaldo Costa — Declara que não examinou a doente.

Dr. A. Padilha Gonçalves — Acha que o aspecto clínico tende mais para tubercúlide pápulo-necrótica.

Dr. Jarbas A. Porto — Informa haver um caso de Edson de Almeida, típico de tubercúlide pápulo-necrótica, em que a tuberculina a 1/1.000.000 foi fortemente positiva, seguida da regressão das lesões de tubercúlide pápulo-necrótica.

Dr. D. Peryassú — E' de parecer que o aspecto das lesões das mãos não sugere lúpus eritematoso. Põe em relêvo que as lesões não se apresentam nos sítios clássicos. Acha não ser caso de tubercúlide pápulo-necrótica. Opina por líquen plano ou diagnóstico melhor.

ENSAIOS TERAPÊUTICOS COM MARSILID — Prof. J. Ramos e Silva

Apresenta dois casos de lepra (lepromatosa), nos quais não obteve resultado, e quatro casos de psoríase, com os seguintes resultados:

1.º) quatro comprimidos: ligeira melhora, tendo o paciente abandonado o tratamento devido a hipotensão;

2.º) melhoras que se acentuaram tàrdiamente, mesmo depois de interrompido o tratamento. Sete meses depois recidivou, porém não havia mais Marsilid;

3.º) 126 comprimidos: o doente melhorou em vinte e poucos dias. Tolerou bem 3 comprimidos por dia, passando a sentir mal-estar com 4. Apresentou melhoras mesmo depois da interrupção do tratamento, podendo-se admitir a cura clínica; e

4.º) tomou Marsilid durante um mês (3 comprimidos por dia). Abandonou o tratamento.

Comentário:

Dr. D. Peryassú — Acompanhou os casos e achou que os efeitos são animadores. Empregou, em casos de sua clínica, outra hidrazida e, em três doentes, conseguiu, em 60 dias, o branqueamento das lesões. Usou 600 mg. de hidrazida por dia.

DOIS CASOS DE ESCLERODERMIA CIRCUNSCRITA — Drs. Jarbas A. Porto e N. Haddad Netto

CASO PRÓ-DIAGNOSE — Dr. Mario Rutowitsch

Comentários:

Prof. J. Ramos e Silva — E' de parecer que se trata de *sicose capilitis* — aspecto inicial de um acne queloidiano da nuca.

Dr. Oswaldo Costa — Está de acôrdo com o Prof. Ramos e Silva. Pensa que se trata, mesmo, de uma foliculite queloidiana.

Dr. J. Ramos e Silva — Propõe o têrmo de "pêlo encravado" e acha que a histologia esclarecerá o assunto, pelo achado do pêlo na lesão, se êsse fôr o caso.

DOIS CASOS PRÓ-DIAGNOSE — Dr. Jarbas A. Porto

Comentários:

Prof. J. Ramos e Silva — Quanto ao primeiro caso, acha que se trata de lesão devida ao uso de água de Colônia ou de lesão consecutiva ao prurido, denominado, segundo Pierini, "prurido melanótico".

Dr. Oswaldo Costa — Supõe tratar-se de *melanosis dorsualis*, ligada a uma colecistite ou a uma perturbação ovariana.

Prof. J. Ramos e Silva — Quanto ao segundo caso, é de parecer que se trata de rinofima.

CASO DE PÊNFIGO EM TRATAMENTO PELA CORTISONA HA DOIS ANOS — Dr. Jarbas A. Porto

Sessão de 27 de março de 1957

O Sr. Presidente apresenta as propostas para sócios dos Drs. Waldemar Palma Lima e Zaro Autran Cordeiro, as quais foram aprovadas pelo plenário. Discorre sôbre as dificuldades existentes para a realização da Reunião Anual dêste ano.

O Dr. D. Peryassú comunica os entendimentos que pretende ter com o Dr. Flávio Dulcetti, Tesoureiro da Seção do Pará, com vistas à citada Reunião Anual, e propõe voto de congratulações pelo restabelecimento do Presidente, Dr. Padilha Gonçalves, vítima de grave acidente.

O Dr. Padilha Gonçalves agradece o voto proposto, estendendo o seu agradecimento aos demais colegas que lhe levaram, pessoalmente, manifestações de aprêço.

O Dr. D. Peryassú acusa o recebimento de número da Revista Argentina de Dermatologia no qual é mencionada a passagem do 50.º aniversário da Sociedade Argentina de Dermatologia.

O Sr. Presidente convida o Dr. Moysés Pollack, professor de Patologia da Universidade de La Plata, República Argentina, para tomar parte na mesa, esclarecendo que o referido professor se encontra no Rio a convite do Hospital dos Servidores do Estado.

O Prof. Antonio Carlos Pereira diz da satisfação que teriam os dermatologistas de Juiz de Mora em que ali fôsse realizada uma reunião da S.B.D.S.

O Sr. Presidente agradece, informando que a sugestão será oportunamente apreciada pelo Comitê de Direção da S.B.D.S.

Ordem do dia:

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA MELANOGENESE — Prof. Moysés Pollack

Disserta sôbre os estudos a que se vem dedicando, com referência à melanogênese.

Comentários:

Prof. H. Portugal — Felicita a Sociedade pela bela conferência que acaba de ser pronunciada, dizendo dos fortes argumentos apresentados, que

considera irrespondíveis, quanto à proveniência da célula melanógena, que não teria sempre origem na crista neural primitiva, como é considerada pelos autores norte-americanos.

Prof. Moysés Pollack — Agradece as palavras do Prof. Portugal.

Dr. A. Padilha Gonçalves — Agradece a presença do Prof. Pollack, fazendo suas as palavras do Prof. Portugal.

CASO PRÓ-DIAGNOSE — DR. A. F. DA COSTA JUNIOR
(apresentado pelo Dr. J. A. Vilela Pedras)

COMENTÁRIOS:

Prof. J. Ramos e Silva — Sugere a hipótese de urticária pigmentosa, a ser confirmada pelo exame histopatológico.

Prof. H. Portugal — Acha que na urticária pigmentosa há maior número de células enquanto que o quadro, no caso presente, parece-lhe discreto. Contudo, repetirá o exame, para melhor verificação.

Prof. J. Ramos e Silva — E' de parecer que, em se tratando de caso pró-diagnose, deveriam ser formuladas outras hipóteses, as quais expõe:

1) pigmentação residual de um líquen plano — esta, declara, poderia ser afastada pela evolução;

2) toxidermia — acha que o quadro dermatológico não corresponde a esta hipótese.

Esclarece que Miescher, desde 1922, verificara que uma série de dermatoses apresentava o que êle chamou incontinência do pigmento. Neste caso, é de opinião que não se poderia pensar em Incontinentia pigmentii, por ser esta peculiar ao sexo feminino e o doente apresentado ser do sexo masculino.

Dr. Glyne Rocha — À primeira vista, tem a impressão de tratar-se de urticária pigmentosa, achando impossível estabelecer o diagnóstico no momento, pois considera a pigmentação residual.

Dr. J. A. Vilela Pedras — Agradece ao Prof. Ramos e Silva, achando a sua hipótese a mais provável.

CERATOACANTOMA — DRS. SYLVIO FRAGA e GLYNE ROCHA

COMENTÁRIOS:

Prof. J. Ramos e Silva — Declara que, antigamente, êste seria um caso de epitelioma espinocelular, reforçado pela existência da adenopatia submaxilar. Considera, entretanto, que com êste diagnóstico seria difícil explicar a evolução num prazo tão curto. Informa que Gougerot denomina êstes casos de verrucoma. Não sabe, porém, se saram espontâneamente, como dizem os autores. Nunca aguardou que isso se verificasse, uma vez que não há garantia de que não se trate de uma lesão pré-cancerosa. Sabe que são curáveis pela penicilina, tendo, entretanto, por hábito extirpá-los e cauterizar a base. Felicita os autores pela apresentação do caso, cujo diagnóstico foi confirmado pela histopatologia.

Dr. Glyne Rocha — A propósito dos comentários, tão ilustrativos, do Prof. Ramos e Silva, lembra a existência de um grupo que considera os ceratoacantomas, semelhantes aos espinocelulares, de evolução espontânea, e de outro grupo que os liga às piodermites. Declara que seguirá a orientação do Prof. Ramos e Silva, retirando o gânglio submaxilar para estudos e voltando, posteriormente, com o caso à Sociedade, acrescido de novos esclarecimentos.

Dr. Sylvio Fraga — Declara ter visto, em Filadélfia, um caso semelhante em que aguardaram durante certo tempo, com a finalidade de verificar se havia, realmente, involução espontânea. Procederam, por fim, à extirpação. Agradece os comentários do Prof. Ramos e Silva.

LÚPUS ERITEMATOSO — DRS. GLYNE ROCHA e SYLVIO FRAGA

COMENTÁRIOS:

Prof. J. Ramos e Silva — Felicita os autores, concordando em que se trata, sem dúvida alguma, de caso de lúpus eritematoso subagudo. Prossegue dizendo que o L.E. está revelando uma doença muito disseminada, substituindo a sífilis em importância nosológica. Quanto às manchas nas regiões palmares, parecem-lhe apenas sequelas. Confirma o valor absoluto da hemosedimentação citada pelos autores, valor êsse não só prognóstico como, também, diagnóstico, pois sòmente esta dermatose e a leprose aguda apresentam índices tão elevados. Considera pormenor dermatológico interessante a existência de lesões típicas, no couro cabeludo, constituídas de alopécia, queratose ostial e pigmentação residual.

Dr. Glyne Rocha — Agradece os elucidativos comentários feitos pelo Prof. J. Ramos e Silva.

REAPRESENTAÇÃO DE UM CASO — PROF. H. PORTUGAL

COMENTÁRIOS:

Prof. J. Ramos e Silva — Declara encontrar sempre dificuldade em diagnosticar eritema indurado, paniculites e tuberculose hipodérmica. Acha que êste caso, porém, é paradigma, porque parece fora de dúvida a etiologia tuberculosa. Informa que, em casos semelhantes, recorre sempre à histopatologia, a qual nem sempre fornece resultados esclarecedores.

Dr. O. Serra — Se tivesse visto, inicialmente, êste caso, te-lo-ia diagnosticado como eritema, pelas seguintes razões: localização na face anterior da perna; evolução sem tendências à ulceração; e por ser comum, no sexo feminino, o eritema indurado, porém com localização preferencial nas panturrilhas. Pelo exposto, conclui perguntando se não se poderia pensar em eritema nodoso de etiologia tuberculosa.

Prof. A. Carlos Pereira — Achou o caso interessante, principalmente pelo Mitsuda positivo. Teria pensado em eritema nodoso, leprótico, de origem reacional, hipótese esta afastada pelo resultado do Mitsuda. E' de parecer que se trata de eritema nodoso.

Prof. H. Portugal — Também pensou em eritema nodoso de Hansen, mas a reação de Mitsuda não sòmente afastou essa hipótese como induziu a uma lesão tuberculosa no local.

ALGUMAS OBSERVAÇÕES SÔBRE UMA ZOONOSE DENOMINADA NÓDULO DOS ORDENHADORES NO HOMEM E PSEUDO-VARIOLA BOVINA NO GADO — DRS. RUY SOARES GUENTHER RIEDEL, AYRTON PINHEIRO DE SOUZA e JOSÉ PERICLES FREIRE

COMENTÁRIOS:

Prof. J. Ramos e Silva — Congratula-se por haver animado o Dr. Ruy Soares a fazer esta comunicação, uma vez que os dermatólogos raramente

vêem casos dessa natureza. Parece-lhe fora de dúvida a questão do virus paravacínico. Declara haver sido verificada a transmissão, de homem a homem, entre pessoas já vacinadas contra a varíola. Termina perguntando ao Dr. Ruy quantos são os casos observados e se verificou generalização ou secundarismo.

Dr. Ruy Soares — Informa haver observado quatro casos, em nenhum dos quais se verificou generalização.

Dr. A. Padilha Gonçalves — Agradece ao Dr. Ruy Soares a apresentação do trabalho e renova convite no sentido de que volte à Sociedade com outras colaborações.

Sessão de 24 de abril de 1957

Após declarar aberta a sessão, o Sr. Presidente assinala a honrosa presença do Prof. A. Cordero, de Buenos Aires.

ORDEM DO DIA:

NECROBIOSE LIPOIDICA. REGRESSÃO SOB BCG — 2.ª APRESENTAÇÃO — DRA. CECY MASCARENHAS DE MEDEIROS

COMENTÁRIOS:

Dr. M. Rutowitsch — Indaga se não teria havido cura, mesmo sem o BCG.

Dr. A. Padilha Gonçalves — Admite que haja resultados, porém não decisivos.

Dr. S. Fraga — Pergunta sôbre a curva glicêmica, indagando se foi feita restrição na dieta.

Dra. Cecy Mascarenhas de Medeiros — Não pode precisar se o resultado foi devido ao BCG ou à dieta.

CASO DE POROCERATOSE DE MIBELLI — PROF. R.D. AZULAY e DRS. RUI VILELA e J.D. AZULAY

O aspecto clínico foi o elemento que conduziu ao diagnóstico. Como indicação terapêutica, é apresentada a cirurgia ablasiva, que deverá ser realizada.

COMENTÁRIOS:

Dr. M. Rutowitsch — E' de parecer que se trata, realmente, de Mibelli. Concorda com a conduta terapêutica.

Prof. H. Portugal — Lembra a proposta de Miescher, relativamente à poroceratose.

Dr. A. Padilha Gonçalves — Está indeciso entre as hipóteses de liquen plano e de Mibelli. Acha que o aspecto clínico muito se assemelha ao do L.P. da mucosa da glande e da bôca. Acentua a importância da terapêutica em se tratando de L.P., levando em conta os fenômenos de isomorfismo.

Dr. Glyne Rocha — Secunda a opinião do Dr. Padilha. Admite que o rebordo da lesão é menos córneo do que costuma acontecer na poroceratose de Mibelli. Pede a opinião do Prof. Cordero, não só quanto à freqüência do L.P., como à do psoríase, em crianças.

Prof. A. Cordero — Tem observado L.P., com pouca freqüência, em crianças, e, respondendo ao Dr. Glyne Rocha, declara que vê, com freqüência, psoríase em crianças, em Buenos Aires.

Prof. R.D. Azulay — Vai fazer uma nova biópsia para esclarecimento posterior.

ERITRODERMIA PSORIATICA — PROF. R.D. AZULAY e DR. J.D. AZULAY

COMENTÁRIOS:

Dr. Glyne Rocha — Observa que o exame clínico das unhas mostra o "pitting" e a hiperqueratose ungueal.

Dr. Romeu V. Jacintho — Cita caso de eritrodermia, de causa não precisada, que apresentava as lesões ungueais e no qual a biópsia confirmou o aspecto de psoríase.

Prof. A. Cordero — Atribui importância às lesões ungueais, as quais, no caso, acha que podem ser consideradas como típicas. Declara que há casos em que o aspecto histológico se apresenta como psoríase e outros em que não se apresenta como tal.

Prof. R.D. Azulay — Tem acompanhado casos de esclerodermia e acha que, na maioria dêles, o aspecto histológico do psoríase não se mantém. Apresenta e defende a sua classificação de eritrodermias, já publicada.

CASO PRÓ-DIAGNOSE (LEPRA TUBERCULÓIDE REACIONAL?) — PROF. A. CARLOS PEREIRA

O.X.S., com 67 anos de idade, brasileiro, casado, branco, residente em Juiz de Fora, operário. Sempre gozou saúde e nega doenças de pele em pessoas da família. Há um ano apareceram-lhe lesões nodulares edematosas, difusas, generalizadas na face. As lesões tomaram, de súbito, tôda a face, sendo mais acentuadas no pavilhão das orelhas e no nariz, com nodos edematosos na ponta do nariz e no lábio superior, de côr arroxeada. Além dos nodos há placas infiltrativas generalizadas, localizadas apenas na face, com sensibilidade normal. Não há gânglios infartados, nem lesões em outras partes do corpo. Seu estado de saúde não foi alterado, tendo melhorado lentamente, com tratamento dessensibilizante de cálcio injetável muscularmente, cortisona, extrato hepático e anti-histamínico, sendo a melhora mais acentuada com a cortisona.

Exame de muco e lóbulo, negativo. Mitsuda: 48 horas (++) — 30 dias (++). Resultado da biópsia (corte de pele hipotrófica): na derme há extensas massas, mais ou menos circunscritas, de infiltrado histio-fibrocitário com elementos vacuolados, associados a elementos epitelióides, conglomerados em esboçadas figuras granulomatosas em alguns campos. A baciloscopia é negativa e a estrutura é de aspecto predominantemente lepromatoso, mesclado com aspectos comuns à forma tuberculóide, parecendo tratar-se de um caso de lepra lepromatosa, em regressão, na qual as estruturas assumem, em alguns campos, aspectos limitantes "Borderline".

COMENTÁRIOS:

Dr. J. D. Azulay — E' de parecer, pelo aspecto clínico e pelo laudo histológico, que se trata de lepra tuberculóide reacional.

Prof. R. D. Azulay — Concorda com o diagnóstico de lepra tuberculóide reacional e sugere coloração para lipídios.

Prof. H. Portugal — Acha que, clinicamente, é lepra tuberculóide reacional, confirmada pelo Mitsuda positivo. Informa que, no laudo histológico, há referência a uma estrutura bipolar. Admite que a histologia possa falhar. Acha decisiva a pesquisa de lipóide.

Prof. A. Carlos Pereira — Achou, também, que, clìnicamente, o quadro apresentado era de lepra tuberculóide reacional. Refere que o interêsse do caso está ligado à discordância entre o aspecto clínico e a histopatologia. Prefere, entretanto, ficar com o aspecto clínico.

CASO DE MICOSE DE LUTZ VISCERAL (2.ª APRESENTAÇÃO) — PROF. R. D. AZULAY e DRS. NELSON PASSARELLI e J. D. AZULAY

COMENTÁRIOS:

Dr. Almir G. Antunes — Indaga se foram feitas as provas funcionais de fígado, para o diagnóstico diferencial com ascite. Refere casos nos quais a necrópsia demonstrou a existência de parasitos em tôdas as vísceras.

Dr. Romeu V. Jacintho — Pergunta se, na hipótese das provas funcionais permitirem a verificação do comprometimento hepático, se poderia justificar a icterícia como sendo provocada pelo paracoccidióides.

Prof. R. D. Azulay — Informa que êste caso foi estudado no Serviço do Prof. Magalhães Gomes, sob o ponto de vista visceral, tendo sido devidamente explicados os diferentes mecanismos.

CASO DE RECKLINGHAUSEN E RINOFIMA TRATADO PELA CIRURGIA — PROF. R. D. AZULAY e DR. RONALDO PONTES

COMENTÁRIOS:

Dr. A. Padilha Gonçalves — Ingada se no caso foi feito o eletroencefalograma.

Dr. Glyne Rocha — Pergunta se já foi feito eletroencefalograma em D. atópica e esclarece que, em casos das doenças em causa, foram observadas alterações.

Prof. R. D. Azulay — Considera que tem havido unilateralidade, investigando-se, apenas, os casos névicos.

Secção do Rio Grande do Sul

Sessão de 5 de novembro de 1957

Sob a presidência do Dr. Armin Bernhard, realizou-se essa reunião, na qual, inicialmente, o Dr. Clovis Bopp relatou o que foram as Jornadas Argentinas de Dermatologia. Em seguida, foi submetida a discussão a idéia da mudança do título da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia para Sociedade Brasileira de Dermatologia, com o que todos os presentes se manifestaram de acôrdo.

Sessão de 28 de dezembro de 1957

Depois de convidar, para tomarem parte na mesa diretora da reunião, realizada conjuntamente com a Secção de Profilaxia da Lepra do Departamento Estadual de Saúde, os Drs. Alfredo Hoffsmaster, Diretor do mesmo Departamento, e o Dr. Augusto Bastos Filho, Delegado Federal de Saúde, o Dr. Armin Bernahrd deu início à ordem do dia, que constou do seguinte:

a) apreciação sôbre o trabalho da Camapnha de Combate à Lepra no Rio Grande do Sul, assunto que foi dividido em três partes, explanadas pelos Drs. Herbert Spencer, J. Pessoa Mendes e Ênio Campos, que trabalham na Campanha referida; e

b) eleição do presidente da Secção, para 1958, da qual resultou sair eleito, por aclamação, o Dr. Armin Niemeyer que, posteriormente, escolherá seus auxiliares.

ANTIREUMÁTICO - ANALGÉSICO - ANTIFLOGÍSTICO - ANTIPIRÉTICO

- **A ADMINISTRAÇÃO** DE BUTAZONA EM TÔDAS AS FORMAS DE REUMATISMO, AGUDO, SUB-AGUDO E CRÔNICO, PRODUZ:

  IMEDIATO ALÍVIO DA DOR E DA CONTRATURA ESPÁSTICA
  IMEDIATA MELHORA DA FUNÇÃO ARTICULAR E MUSCULAR
  IMEDIATO AUMENTO DA SENSAÇÃO DE BEM ESTAR.

- **DOSES**

  ADULTOS
  DE ATAQUE: durante 2-5 dias - 600-800 mg (3-4 drágeas) por dia
  DE MANUTENÇÃO: durante 5-6 dias - 200-300 mg com intervalos de 4-7 dias.

  CRIANÇAS
  DE ATAQUE: durante 3-4 dias - 300-500 mg
  DE MANUTENÇÃO: durante 5-6 dias - 100-200 mg

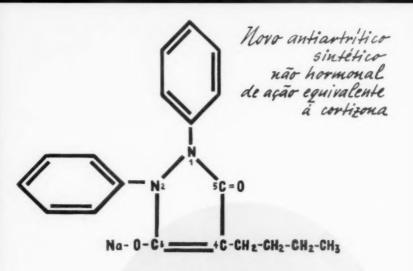
  DEVE-SE MANTER diéta pobre de sal e administrar vitaminas C e P.
  CONTRA-INDICAÇÕES: - Úlcera gastro-duodenal - Hipertensão Desvios hematológicos - Insuficiência cárdio-renal.

- **APRESENTAÇÃO**

  Tubo com 25 drágeas a 0,20 g - Caixa com 5 ampôlas a 0,50 g

Instituto De Angeli do Brasil

PRODUTOS TERAPÊUTICOS S. A.

RUA JOAQUIM TÁVORA, 519 - SÃO PAULO

Butazona
DE ANGELI

Análises

W. LUTZ — LEHRBUCH DER HAUT-UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN, Basiléia, Karger ed. 1957, 743 p.

Dentre os clássicos tratados em língua alemã, êste Compêndio assume por causa de seu autor uma posição especial, além de um valor intrínseco de difícil contraste.

Por muito tempo encarregado da famosa secção de resenhas bibliográficas da Dermatológica (antigo Dermatologische Zeitschrift), W. Lutz traz para o seu livro uma sistemática tôda pessoal das moléstias cutâneas.

Depois de uma apresentação sucinta das questões do diagnóstico, da etiopatogenia e da terapêutica, tem o leitor na segunda parte o fundamental nesta obra. Abre essa segunda parte uma vasta e excelente secção dedicada às anomalias constitucionais, sendo tratadas sem limites estanques as grandes formas displásicas, seja com êste nome, seja sob o de "distrofias". Logo a seguir, sucinta e bem ordenada, a secção dos tumores cutâneos.

Especial destaque merecem os dois extensos capítulos das "Reações cutâneas", onde, segundo as diretivas clássicas de L. Brocq, são agrupadas as grandes síndromes inflamatórias — os eritemas, as buloses, a psoríase, o líquen e o erythematodes. Sem transição, as síndromes de atrofia e esclerose, além de dois capítulos especialmente atribuídos aos "granulomas epitelióides" e aos "processos necrobióticos", de etiologia não esclarecida.

Daí por diante, uma sistemática estrictamente etiológica permite tratar sucessivamente das moléstias dos anexos, das mucosas (a gonorréia aqui incluída), dermatoses de causa externa física ou química, de causa trófica-alimentar, enfim as do sistema hematopoiético. Nas duas grandes secções finais, — na 11.ª as infecções, na 12.ª as parasitoses.

Há que destacar a apresentação pessoal das dermatoses do grupo do eczema sob a epígrafe comum "Dermatitis sensu strictu", isto porque tentativa parecida surgiu em outro lugar em base muito pouco aceitável. Ao contrário, na concepção de Lutz, a idéia é sugestiva pela gradação que conduz da "inflamação cutânea" simples, aguda, passando pela "dermo-epidermite" já evocando o eczema microbiano, a seguir a eczematide pitiriasiforme e a dermatite ("eczema") seborreica. Enfim, os "eczemas", seja o eczema amorfo, sejam as formas eruptivas, vesiculosas ou pápulo-vesiculosas; em têrmos de etiologia — eczema de contacto, eczema endógeno, eczema pápulo-vesiculoso agrupado (bacteriano-alérgico). A síndrome da "dishidrose", tal como em Darier, é apresentada como uma forma autônoma aparentada aos eczemas.

Igualmente na linha acima traçada, são descritas as "dermatoses pruriginosas", as liquenificações ("neurodermites") reconduzidas à pápula facetada brilhante e os prurigos aos elementos sero-papulosos.

Em tôda a parte neste Compêndio atenção especial é dada às grandes linhas do diagnóstico, e conduta do tratamento. Em tôda a parte também a mestria do Autor, a alta qualidade do texto, a variedade de pontos de

vista pessoais, a perfeita síntese dos temas tratados — o esplendor gráfico (469 figuras) — fazem dêste livro obra de especial recomendação para uso do médico prático e do especialista.

F. E. RABELLO

MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS DAS FILARIOSES (MANIFESTATIONS CUTANEES DES FILARIOSES). A. DUBOIS. *Arch. belges de dermat. et syph.*, 12:411(mar.),1957.

O autor passa em revista as diversas filárias que parasitam o homem, nas regiões tropicais.

D. perstans e *D. streptocerca*, freqüentes no Congo, são consideradas não patógenas.

Dracunculus medinensis, filária gigante, inexistente no Congo, provoca, às vêzes, abcessos que demandam, freqüentemente, intervenção cirúrgica.

W. bancrofti, de natureza pantropical, provoca uma endolinfangite obliterante com as suas conhecidas conseqüências cirúrgicas (elefantíase).

E' de opinião que duas filarioses podem interessar mais especialmente os dermatologistas:

— a filariose *Loa-loa*, provocando os "edemas de Calabar", equivalentes ao edema de Quincke, bem como à urticária e ao prurigo; e

— a *Onchocerca volvulus*, que é a origem de manifestações patológicas variadas: nódulos cutâneos, impròpriamente chamados quistos, consistindo em uma reação tissular granulômato-esclerosa em tôrno de um novêlo de vermes, "sarna filariana" posta em evidência por Montpellier e Lacroix, que não é outra coisa senão um prurigo rebelde resultando em uma liquenificação cutânea, localizada, principalmente, no tronco e na raiz dos membros, e sintomas oculares, para cuja descoberta se torna necessária uma aparelhagem oftalmológica especial.

Resumo do autor

AMEBIASE CUTANEA (AMIBIASIS CUTANEA). OBDULIA RODRÍGUEZ. *Dermatologia*, 1:51(jul.-set.),1956.

A autora revê, ràpidamente, a literatura sôbre o assunto e comunica um caso observado, em homem de 26 anos, que apresentava uma lesão perianal, ulcerosa, muito dolorosa, com três meses de evolução, onde a *Amoeba histolytica* pôde ser identificada, quer no exame direito do exsudato, quer nos cortes histológicos da lesão. Foi curado com a administração de emetina e diodoquin.

Resumo da autora

PAPULOSE ATRÓFICA MALIGNA (DEGOS) — TROMBOANGITE CUTANEO-INTESTINAL DISSEMINADA (PAPULOSE ATROPHIANTE MALIGNE (DEGOS) — THROMBANGITE CUTANEO-INTESTINALIS DISSEMINATA). H. STAUFFER e G. MIESCHER. *Hautarzt*, 8:4(jan.),1957.

Os autores comunicam um caso de papulose atrófica maligna de Degos (tromboangite cutâneo-intestinal disseminada), com lesões cutâneas típicas, verificadas histológica e clinicamente, nas quais, até a presente data (após 3 anos), nenhuma manifestação visceral surgiu.

Resumo dos autores

PREDNISOLONA TÓPICA E ORAL NO TRATAMENTO DAS DERMATOSES (TOPICAL AND ORAL PREDNISOLONE IN THE TREATMENT OF DERMATOSES). MILTON B. SLOANE. *International Record of Medicine*, 170:59(fev.),1957.

Relata o autor que a prednisolona isenta de álcool é mais eficaz para aplicações tópicas do que o acetato de prednisolona. Sob a forma de creme, a prednisolona é tanto ou mais eficaz do que a hidrocortisona ou a α-fluoro-hidrocortisona. Procedendo a testes em 45 pacientes, com várias dermatoses, o creme de prednisolona a 0,5% curou ou provocou melhora evidente em casos de dermatite venenata, neurodermite, prurido anal e vulvar, dermatite atópica e eczema numular. Não foram influenciados o líquen plano e a pitiríase rósea. Uma pomada contendo prednisolona a 0,5%, experimentada em 140 pacientes, controlou, satisfatòriamente, variadas doenças dermatológicas, algumas das quais complicadas por infecções secundárias. Foram curadas infecções cutâneas como a pustulose persistente palmo-plantar e a dermatite eczematóide infecciosa. Com o uso do creme e da pomada de prednisolona foram verificadas poucas reações desfavoráveis. Surgiu irritação da pele, pelo creme, em dois pacientes, e, pela pomada, em quatro pacientes.

Entre as doenças tratadas pelos esteróides, por via oral, foi obtida excelente resposta nos seguintes casos: dermatite esfoliativa, dermatite venenata, eczema numular, eritema multiforme, lúpus eritematoso subagudo, neurodermite disseminada, pênfigo vulgar, "pruritus gestationis", urticária aguda e crônica e herpes zóster. Em quatro pacientes grávidas, que tomaram os esteróides por via oral, não houve reações desagradáveis. Os efeitos colaterais, conseqüentes à administração oral de esteróides, foram os seguintes: excitação em três pacientes, glicosúria transitória em uma paciente e duas pacientes com transtornos gástricos que cederam com a interrupção do esteróide.

Resumo do autor

NEVO ESPONJOSO BRANCO DAS MUCOSAS (CANNON). NÆVUS SPONGIOSUS ALBUS MUCOSAE: RELATO DE UM CASO (WHITE SPONGE NÆVUS OF THE MUCOSA (CANNON). NÆVUS SPONGIOSUS ALBUS MOCUSÆ. REPORT OF A CASE. L. G. ABBOTT e L. S. MUSSO. *Med. J. Australia*, 43:708(abr.),1956.

Esta rara doença foi relatada apenas duas vêzes, anteriormente, sendo a primeira por Cannon sob o título que os autores aplicam ao caso. Ludy Zhirazy descreveram-na como *leucokeratosis oris*. Em cada uma destas cocomunicações havia uma nítida história familiar e Cannon demonstrou que o fumo parece não representar papel algum na formação das lesões.

O aparecimento singular das lesões e a sua localização nas membranas mucosas parece afastar esta doença do grupo do nevo ictiosiforme.

Resumo dos autores

MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS E RUBÉOLA MATERNA (CONGENITAL MALFORMATIONS AND MATERNAL RUBELLA). DAVID B. PITT. *Med. J. Australia*, 44:233(23-fev.),1957.

O relato do autor destina-se a discutir os conhecimentos atuais dos efeitos teratogênicos da rubéola durante a gravidez, para realçar a necessidade de maior estudo dêste problema e criticar as altas percentagens de malformações estabelecidas por autores australianos. Crê o autor que a superava-

liação dêstes seja devida a interpretações estatísticas defeituosas, ao mesmo tempo que a insegurança do diagnóstico também deva ter representado a sua parte. Êstes comentários foram submetidos ao Departamento de Estatísticas da Universidade de Melbourne, onde, tanto êste trabalho, como outros anteriormente escritos, foram favoràvelmente julgados pelo Dr. Emeric Binet, que expressou "a sua completa concordância com as críticas emitidas pelo Dr. Pitt".

O autor relatou uma pequena série de casos de rubéola durante a gravidez (20 casos). De 16 casos, nos quais a rubéola ocorreu antes do quarto mês, apenas três crianças nasceram anormais. Considera tal fato como sugerindo que a percentagem das verdadeiras malformações é da mesma ordem que as percentagens observadas no estrangeiro, isto é, entre 10% e 25%. Conclui achando necessárias maiores séries, examinadas com critério mais exato, o que está sendo organizado pelo Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Universidade de Melbourne.

Resumo do autor

CONTRIBUIÇÃO PARA O CONHECIMENTO DA ACTINOMICOSE CUTANEA DEVIDA A AERÓBIOS (CONTRIBUTO ALLA CONOSCENZA DELL'ATTINOMICOSE CUTANEA DA AEROBI). RITA LEONE. *Minerva dermat.*, 12:355(dez.),1956.

A autora, após breve menção à literatura existente sôbre a actinomicose, encara, pormenorizadamente, a patogenia e a clínica de um caso de actinomicose em mulher de 59 anos: caráter sistêmico pseudotuberculoso, com manifestações cutâneas gomosas disseminadas, abcessos de caráter flegmonoso e localização pulmonar verificada radiològicamente. A morte sobreveiu após 5 meses de hospitalização e 9 de doença.

Nas lâminas de pus, prèviamente retirado das gomas, evidenciou-se a presença de um organismo gram +, parcialmente ácido-resistente, apresentando, quase sempre, aspecto de elementos baciloformes em cadeias curtas. Foi isolado, na cultura pura, um *Actinomiceto* aeróbio, fortemente patógeno para a cobaia, na qual provocou a morte, com o quadro de uma afecção pseudotuberculosa, semelhante à humana.

A evolução fatal e a resistência a tôda a terapêutica provam, mais uma vez, a gravidade das actinomicoses devidas a aeróbios e encarecem a necessidade de um diagnóstico precoce.

Resumo da autora

CARCINOMA DA MAMA MASCULINA — REVISÃO DE 36 CASOS (CARCINOMA OF THE MALE BREAST — REVIEW OF 36 CASES). JOHN H. MOHARDT. *Quaterly Bull. Northwestern University Med. School,* 30(4):315,1956.

O autor relata 36 casos de carcinoma da mama masculina, observados no Veteran's Administration Hospital, Hines, Ilinois.

A idade média do grupo era de 52.3 anos. O câncer da mama masculina compreende 1.32% de todos os cânceres da mama e 0.38% de todos os cânceres em homem. O intervalo médio de tempo decorrido entre a descoberta do tumor e o exame médico é, usualmente, de dois anos. O câncer na história familiar foi encontrado em 9 casos, ou seja em 25%.

Dois pacientes revelaram sinais de um tumor benigno preexistente; não foi encontrada evidência alguma de ginecomastia pré ou coexistente; 6 pacientes apresentaram neoplasmas coexistentes, em outros órgãos; foram encontradas, em 5 casos, anormalidades em glândulas endócrinas ou em glândulas sob

contrôle endócrino. Foi narrada história de traumatismo na parede torácica em 13 casos, ou seja em 36%.

De um modo geral, o aspecto histológico do carcinoma da mama masculina, neste grupo, não diferiu, grandemente, das características do carcinoma da mama feminina. Na sua maioria, os tumores foram classificados como carcinomas não diferenciados, apresentando, alguns, estroma escasso, e, outros, estroma abundante. Foi notada, com maior freqüência do que no carcinoma da mama feminina, a formação de tumores acinosos. Existiam lesões evidentes dos condutos quase na mesma proporção de casos do que no carcinoma da mama feminina. Em um caso, o neoplasma ocupou uma localização intracística, apresentando configuração papilar, porém, geralmente, os tumores apareciam não encapsulados e, muitas vêzes, com massas mal definidas, imediatamente abaixo da pele.

Sete casos, ou 19%, eram primàriamente inoperáveis. Vinte e nove casos foram classificados como primàriamente operáveis e, assim sendo, foram tratados pela cirurgia concomitantemente ou não com irradiação.

O prognóstico do câncer da mama masculina continua sendo reservado. Oito pacientes sobreviveram 3 anos e apenas 2 sobreviveram 5 anos. A maior sobrevivência foi de 9 anos. Em 9 pacientes não foi conseguida supervisão.

Os fracos resultados terapêuticos são justificados pela apresentação tardia dos pacientes e por determinadas disposições anatômicas da mama masculina.

Resumo do autor

MANIFESTAÇÕES CUTANEAS DA DOENÇA DE LETTERER-SIWE (CUTANEOUS MANIFESTATIONS OF LETTERER-SIWE DISEASE). JOHN M. REICHERT. *Quaterly Bull. Northwestern University Med. School*, 31(1): 37,1957.

O autor apresenta dois casos do doença de Letterer-Siwe, em um dos quais o maior e, durante vários meses, único sinal da doença foi uma acentuada erupção cutânea. O segundo caso apresentou erupção semelhante, porém em associação com muitos outros achados típicos. E' realçada a natureza hemorrágica das lesões cutâneas. Acha o autor que um exame cuidadoso revelará a sua presença, freqüentemente associada com eczema ou infecção.

Resumo do autor

ACROMIA PARASITARIA DEVIDA AO "MICROSPORUM FELINEUM". JUVENAL ESTEVES. *Trabalhos da Soc. portuguêsa de dermat. e ven.*, 15:43 (mar.),1957.

Trata-se do aparecimento de lesões acrômicas, de forma regular, disseminadas no tronco e nos membros superiores, consecutivas a surto agudo de lesões de tipo "impigem", em rapaz de 11 anos, que desde há 4 meses sofria de tinha do couro cabeludo provocada pelo "M. felineum". A dependência entre os dois processos parece bem estabelecida pela existência de lesões de transição na nuca e no pescoço, pelo caráter do surto das lesões e pelo aspecto morfológico e distribuição das lesões, bem como pela evolução da doença.

A pele estava já fortemente pigmentada pela luz solar quando as lesões surgiram e a discromia apareceu após a cura das mesmas.

Parece tratar-se, neste caso, de ação direta do fungo sôbre o pigmento, o que seria talvez facilitado pelo caráter inflamatório que têm, normalmente, os surtos de microspória na pele glabra.

O autor não encontrou, na literatura, referência a acromia parasitária provocada pelo "M. felineum".

Resumo do autor

Notícias

Prof. J. Ramos e Silva

Pela Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires foi, há pouco, conferida alta distinção à Dermatologia brasileira, mediante a concessão do título de Membro Correspondente daquela prestigiosa instituição científica ao Prof. J. Ramos e Silva, ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia e um de seus mais ilustre associados.

Congressos

Da Comissão Organizadora dos VI Congressos Internacionais de Medicina Tropical e de Paludismo, recebemos informações preliminares sôbre os referidos certames, a serem realizados em Lisboa, sob os auspícios do Govêrno Português, de 5 a 13 de setembro de 1958, e que compreenderão: MEDICINA TROPICAL (Helmintíases, Infecções por Protozoários, Infecções Bacterianas e Micóticas, Infecções por Virus e Rickettsias, Fisiologia Tropical, Higiene Tropical e Saneamento e Geral) e PALUDISMO (Parasitologia, Clínica, Epidemiologia e Contrôle e Erradicação do Paludismo).

TRATAMENTO
DO
ACNÉ

Enxofre coloidal.
Hamamelis.
Óxido de titânio.

SACNEL

NÃO É GORDUROSO.
É DE EMPREGO AGRADAVEL

Uso externo

LABORATÓRIOS ENILA S. A. • RUA RIACHUELO, 242 • FONE 32-0770 • RIO

VACIDERMON

UM PRODUTO CONSAGRADO

EM SUA NOVA FORMULA

LABORATORIOS TOSTES S.A.

CAIXA POSTAL 553 - RIO

QUIMICA FARMACEUTICA MAURICIO VILLELA S. A.
Caixa Postal 2881 — Rio de Janeiro

Soma dos progressos na córticoterapia suprarrenal anti-inflamatória, visando a utilização da plena atividade hormonal e levando em conta a sensibilidade individual do paciente.

AMBICORTANCYL

(Prednisona + prednisolona)

Reumatismo articular agudo - Poliartrite crônica evolutiva, Espondiloartrite anquilosante - Artroses, gota aguda e crônica, Periartrite escápulo-humeral - Sinovites, bursites, tenosinovites, Talalgias, ciáticas e nevralgias diversas.

Asma brônquica, enfisema pulmonar - Rinites alérgicas, Dermatoses constitucionais e de contato - Psoríasis, pênfigo, Colagenoses - Anemia hemolítica, ferriprivas, leucoses, Hiperplasia suprarrenal.

• • •

VIDRO COM 20 COMPRIMIDOS.

Cada comprimido contém

0,0025 g de prednisona e 0,0025 g de prednisolona.

LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A.

RIO DE JANEIRO

AMC P-1

PINHEIROS

ALTA CONCENTRAÇÃO
MELHOR ABSORÇÃO
PERFEITA ESTABILIDADE
SABOR DELICIOSO

Pellets

A-VI-PEL
D-VI-PEL
A-D-VI-PEL
POLI-VI-PEL
VITSALMIN

Emulsões

A-D-BOM
EMULVIT

NO TRATAMENTO PREVENTIVO E CURATIVO
DAS INFECÇÕES CUTÂNEAS

POMADA DE PENICILINA RHODIA

Piodermites — Furunculose — Panarício — Antraz
Foliculite — Sicose — Impetigem — Linfangite
Blefarite — Rachaduras dos seios e mastites
Úlceras varicosas — Eczemas infetados e queimaduras
Infecções genitais externas — Feridas infetadas ou não
Para prevenir a infecção de quaisquer lesões cutâneas expostas a infecções: escoriações, picadas, feridas acidentais ou cirúrgicas.

TUBO DE 25 g, CONTENDO
125.000 UNIDADES DE PENICILINA G SÓDICA

A marca de confiança

RHODIA

Caixa Postal 8095 — São Paulo, SP

R-171-155

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, de propriedade e órgão oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, são editados trimestralmente, constituindo, seus quatro números anuais, um volume.

Consta da matéria de sua publicação o Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, contendo o resumo das reuniões realizadas no Rio de Janeiro e nas seções estaduais, da Sociedade.

Sua assinatura anual importa em Cr$ 200,00, para o Brasil, e Cr$ 240,00 para o exterior, incluindo porte. O preço do número avulso é de Cr$ 60,00, na época, e de Cr$ 70,00, quando atrasado.

Tôda a correspondência, concernente a publicações ou assinaturas, pagamentos, etc., deverá ser endereçada ao encarregado geral, Sr. EDEGARD GOMES, por intermédio da caixa postal 389, Rio de Janeiro (telefones: 32-1347 e 42-6540).

Os trabalhos entregues para publicação passam à propriedade única dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, que se reservam o direito de julgá-los, aceitando-os ou não, e de sugerir modificações aos seus autores. Os que não forem aceitos serão devolvidos, voltando, conseqüentemente, à propriedade plena dos seus autores. Êsses trabalhos deverão ser dactilografados, em espaço duplo, trazendo no fim a assinatura e o enderêço dos autores. As indicações bibliográficas serão anotadas no texto com um número correspondente ao da lista bibliográfica, que virá numerada por ordem de citação e em fôlha à parte, no final do trabalho. Nas indicações bibliográficas deverão ser adotadas as normas do "Quarterly Cummulative Index Medicus", isto é: sobrenome do autor, inicial do nome do autor, título do artigo, nome abreviado do periódico, volume do mesmo, página, mês (ou dia e mês, se o periódico fôr semanal) e ano. A citação de livros será feita na seguinte ordem: autor, título, edição, local da publicação, editor, ano, volume e página. Os trabalhos deverão conter, sempre, um resumo da matéria.

As ilustrações que acompanharem os artigos não acarretarão ônus para os autores quando não ultrapassarem número razoável; as excedentes, bem como as que forem coloridas, correrão por conta dos autores, que serão consultados sôbre o assunto. As ilustrações deverão ser numeradas, por ordem, e marcadas no verso com o nome dos autores e o título do trabalho.

E' vedada a reprodução, sem o devido consentimento dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, da matéria nos mesmos publicada.

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA não serão responsáveis nem solidários com os conceitos ou opiniões emitidos nos trabalhos nêles publicados.

A abreviatura bibliográfica adotada para os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA é: *An. brasil. de dermat. e sif.*

VOL. 32 (1957) — N. 3 (Setembro)

Págs:.

Outra

Novidade!

absoluta em Cortisonoterapia!

para as desordens dermatológicas

Dermo-Cortison

LOÇÃO

O QUE É: DERMO-CORTISON LOÇÃO é uma suspensão emoliente de Hidrocortisona acetato (Kendall's) composto F a 0.5% em veículo hidrófilo com 0.25% de petroleína líquida.

EFEITOS COLATERAIS: Nenhum!

INDICAÇÕES:

- Dermatites (atópicas, eczematosas e de contato)
- Dermatites das mãos
- Neurodermatites
- Líquen simples crônico
- Eczemas (atópicas, desidróticas estásicas)
- Sicose numular ou disforme
- Eczema infantil
- Prurido ano-genital

SUPRE MAIS...

Dermo-Cortison

(POMADA DÉRMICA)

Hydrocortisona + Neomicina

Q

LABORATÓRIOS QUIMIOFARMA SOC. LTDA.

Estabelecimento Científico Industrial de Produtos Farmacêuticos

Avenida Brigadeiro Luiz Antônio, 1858 — São Paulo — Brasil

GRÁFICA EDITÔRA JORNAL DO COMÉRCIO S. A. — Av. Rio Branco, 117 — Rio de Janeiro — 1957